

物忘れ外来 問診票

お名前（ ）

- 1 知っているはずの人の名前や漢字を、なかなか思い出せないことが多いですか。 (はい・いいえ)
- 2 今朝、何時頃に起き、何を食べたか覚えていますか。 (はい・いいえ)
- 3 買い物や郵便局などの用事を、一人で行ってできますか。 (はい・いいえ)
- 4 電車やバスで寝すごしてふと目が覚め、自分がどこへ行く途中なのかわからないことがありますか。 (はい・いいえ)
- 5 (主婦の方に)
料理で決まりきったメニューしか作らなくなったり、味付けが変わってしょっぱくなったり、そうしたことがありますか。 (はい・いいえ)
- 6 おとなしかったのに怒りっぽくなったり、頑固だったのに愛想がよくなったり、そうした性格の変化がありますか。 (はい・いいえ)
- 7 社会的に他人に迷惑をかけるようなことをしていますか。 (はい・いいえ)
- 8 気持ちが沈んで悲観的な気分になりやすいですか。 (はい・いいえ)
- 9 ぼんやりしたり、昼間なのにずっと寝ていたりしますか。 (はい・いいえ)
- 10 天井のシミを見て「虫がはい回っている」と言ったり、夜中に「カーテンの向こうに人の気配がする」などと言ったりしますか。 (はい・いいえ)
- 11 自分勝手な思い込みが激しくなっていますか。(「家族が自分の財布を盗んだ」など) (はい・いいえ)
- 12 睡眠中に、大きな声で寝言を言ったり、手足を振ったり、急に布団に座ってしゃべりだしたり、夢を見たまま立ち上がったたり暴れたりしたことがありますか。 (はい・いいえ)

13 便秘で悩んでおられますか。 (はい・いいえ)

14 立ち上がった後で、急に気を失って倒れることがありますか。 (はい・いいえ)

15 最近、においを感じにくくなっていますか。 (はい・いいえ)

16 歩いている、よく転ぶことがありますか。 (はい・いいえ)

17 食欲がなくなったり、体重が減ったりしていますか。 (はい・いいえ)

18 甲状腺機能低下症にかかっている・かかったことがありますか。 (はい・いいえ)

19 胃の摘出手術を受けていますか。 (はい・いいえ)

20 ほかに、御自分のこれまでの病気・けがについて、箇条書きで書いてください。

()

21 お酒やタバコを飲みますか。飲む場合は、現在や以前の量をお教えてください。

酒：(ビール 日本酒 ウイスキー 焼酎 ワイン)を()杯/日ぐらい

タバコ：()本/日×()年間ぐらい ()年前から禁煙している

22 ご両親・兄弟姉妹・従兄弟従姉妹(いとこ)・お子様やお孫さんなど、血がつながった方でご病気の方がいたらお教えてください。

()

御協力ありがとうございました。